

Tratamento primário do nariz fissurado bilateral: uma nova abordagem técnica

Primary treatment of the bilateral cleft nose: a new technical approach

MARCO AURÉLIO GAMBORGI¹, MARIA CECÍLIA CLOSS ONO²

RESUMO

Introdução: O nariz do fissurado bilateral se caracteriza pela presença de columela curta e larga, ponta nasal bífida e mal posicionada, narinas pendentes e pregas vestibulares anormais. No passado, acreditava-se que a columela seria curta pela deficiência de crescimento, porém atualmente se aceita que o encurtamento columelar se deva ao mau posicionamento das alares. O tratamento padrão é alongamento columelar por meio de técnicas com retalhos do lábio ou do nariz, sendo as mais usadas e conhecidas as técnicas de Cronin em V-Y e os retalhos em forquilha descrito por Millard, o que se mostrou pouco satisfatório a longo prazo, pela presença de narinas muito alargadas, pontas nasais bulbosas e um ângulo nasolabial deficientes, além de cicatrizes na região doadora dos retalhos. Enquanto no nariz unilateral a conduta atual mais aceita é a do reposicionamento das cartilagens alares, primariamente através do descolamento do heminariz fissurado, no nariz bilateral a abordagem primária do nariz é muito discutida, enquanto autores com Mülliken, Trott e Cutting abordam o nariz primariamente no tempo do lábio, outros autores o fazem secundariamente, com ou sem alongamento de columela. **Método:** Apresentamos uma série de dez pacientes com fissura bilateral, operados em nosso serviço, nos últimos três anos. Os pacientes não tiveram tratamento ortopédico pré-operatório. **Resultados:** Apresentamos fotos pré e pós-operatórias que mostram a melhora estético-funcional, com o visível melhor posicionamento das cartilagens alares com o crescimento (tempo de acompanhamento médio de dois anos). Nenhum paciente apresentou complicação pós-operatória como infecção ou deiscência. **Conclusão:** Acreditamos que a melhor conduta para evitar o tratamento da seqüela nasal do fissurado bilateral seja a intervenção cirúrgica precoce, com reposicionamento das cartilagens alares no mesmo tempo do reparo labial.

Descritores: Nariz, cirurgia. Nariz, anormalidades. Fenda labial, cirurgia. Rinoplastia.

SUMMARY

Introduction: The bilateral cleft noses have some problems that are short and large columela, bifid tip with large nostril and vestibular skin excess. In the past, believed that the columela was short because of the nasal tip crowing, but now believe that short columela is because of the alar position. The treatment for the short columela is lengthening the columela with flaps from the lip or nose as described for Millard and Cronin, but these techniques always let scars in the donate area and the nostril and the tip still have the same problems. While in the unilateral cleft nose the reposition of the alar cartilage is totally accepted, the bilateral nose repair is not a consensus, while some authors treat the bilateral nose with the lip, like Mülliken, Trott and Cutting others treat it in a second time with columela lengthening. **Method:** We present our series consisting of ten patients with bilateral cleft lip operated in our service in the last three. Patients had no orthopaedic preoperative treatment. **Results:** No patients had postoperative complications. **Conclusion:** In our view, the best way to avoid the bilateral nose defects in to treat the nose in the same time of the lip.

Descriptors: Nose, surgery. Nose, abnormalities. Cleft lip, surgery. Rhinoplasty.

1. Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica e Cirurgião Plástico do CAIF (Centro de Atendimento Integral ao Fissurado), Curitiba, PR.

2. Especializanda do Serviço de Cirurgia Plástica e Reparadora do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR.

Correspondência: Dr. Marco Aurélio Gamborgi
Av. Visconde do Rio Branco, 390, lj. 02.- Curitiba - PR
Tel: (41) 3233-7822
E-mail: gamborgi@hotmail.com

INTRODUÇÃO

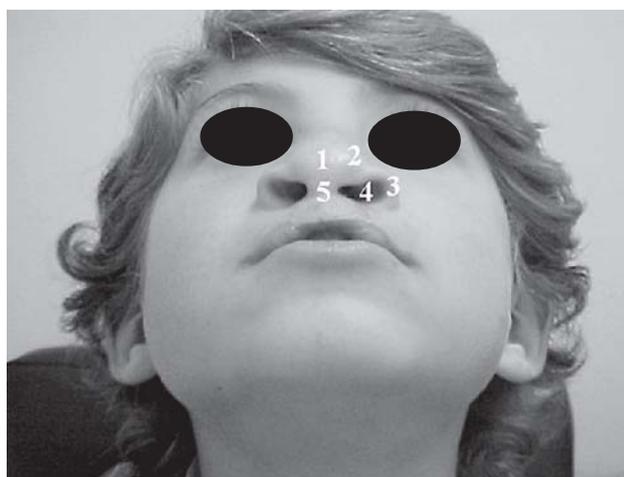
A evolução das variadas técnicas cirúrgicas descritas para a correção das deformidades presentes na fissura bilateral segue os princípios de manutenção da simetria, reposicionamento muscular, perfeito posicionamento do retalho do pró-lábio e perfeita forma do vermelhão e do tubérculo labial. A correção da ponta nasal e da columela pelo correto reposicionamento das cartilagens alares foi o último princípio a ser incorporado e atualmente norteia a correção cirúrgica das deformidades nasais do paciente fissurado bilateral¹.

O nariz do fissurado bilateral apresenta certas características distintas, como pode ser visto na Figura 1: presença de cruz medial deslocada e com dômus baixo, columela curta e larga, ângulo obtuso do dômus resultando em ponta achatada, contorno narinário colapsado, com prega de pele cobrindo o ápice da narina e assoalho narinário alargado¹.

No passado, acreditava-se que a columela seria curta pela deficiência de crescimento, porém atualmente se aceita que o encurtamento columelar se deva ao mau posicionamento das alares, com separação do dômus e das cruzes mediais e rotação das cartilagens alares caudalmente, posicionando-as mais inferiormente às cartilagens triangulares¹.

Durante muito tempo, o tratamento padrão era o de alongamento columelar, com retalhos do lábio ou do próprio nariz, e somente na idade adulta o reposicionamento das cartilagens alares. Dessa forma, pode-se dizer que a deformidade nasal do fissurado bilateral pode ser dita tanto intrínseca (má formação primária com deficiência e deformação de tecidos), quanto extrínseca (secundária aos maus resultados de diversas técnicas cirúrgicas que alteram negativamente o crescimento nasal, com narinas muito alargadas, pontas nasais bulbosas e um ângulo nasolabial deficiente, principalmente pela presença de múltiplas cicatrizes na região)², como pode ser observado na Figura 2.

Figura 1 – Alterações características do nariz do paciente fissurado bilateral: 1 – Separação do dômus; 2 – ângulo obtuso entre a cruz medial e a cruz lateral; 3 – torção das alares; 4 – alargamento das narinas; 5 – columela curta.



MÉTODO

O presente estudo foi aprovado pelo comitê de ética da instituição e os pais ou responsáveis pelos pacientes autorizaram a divulgação dos dados e fotos.

Apresentamos uma série 10 de pacientes com fissura bilateral, operados em nosso serviço, nos últimos três anos. Todos os casos eram de pacientes fissurados bilaterais submetidos ao tratamento cirúrgico do nariz, primariamente na queiloplastia bilateral ou no tempo definitivo do lábio. Em nosso serviço, não dispomos de nenhum método de ortopedia pré-operatória.

Os pacientes puderam ser divididos em dois grupos, os pacientes fissurados bilaterais completos (seis casos) e os fissurados bilaterais incompletos (quatro casos). O grupo dos pacientes fissurados bilaterais completos foi tratado com a técnica de queiloplastia em dois tempos, com técnica semelhante à descrita por Spina³. No primeiro tempo, foram realizadas adesões labiais, que, dependendo da posição da pré-maxila e tamanho do pró-lábio, foram realizadas em tempo único ou em dois tempos. No segundo tempo, dito definitivo, realizado por volta de 4 anos de idade, após a queiloplastia, procedeu-se ao tratamento cirúrgico da deformidade nasal. O grupo de fissurados bilaterais incompletos foi tratado com a técnica de Spina em tempo único⁴, por volta dos três meses de idade e, após terminada a queiloplastia, procedeu-se ao tratamento da deformidade nasal.

Técnica Cirúrgica

No grupo dos fissurados bilaterais completos, as adesões labiais foram realizadas em um ou dois tempos, conforme a técnica original descrita por Spina³, utilizando-se incisões simples na margem das fissuras e aproximação das mesmas, atentando-se para a máxima preservação do vermelhão e das margens labiais. À ocasião da realização do tempo definitivo (em ambos os grupos, em diferentes idades, dependendo da complexidade da fissura bilateral), procedeu-se à reconstrução definitiva do lábio bilateralmente, que consiste no aprofundamento do sulco gengivo-labial, aumento do tubérculo central por meio da rotação de retalhos musculares para essa região e diminuição da crista filtral. Além desses detalhes, foi realizada a aproximação da musculatura orbicular à frente da espinha nasal superior e pré-maxila e estreitamos o retalho do pró-lábio distalmente, a fim de melhorar esteticamente o tubérculo labial reconstruído. Esses detalhes são modificações por nós realizadas na técnica original descrita por Spina^{3,4} (Figura 3). Depois de terminada a cirurgia do lábio, realizou-se o tratamento cirúrgico do nariz por técnica cirúrgica semelhante à descrita por Mülliken⁵. Fez-se uma incisão nasal marginal inferior, que ao nível do contorno narinário superior anterioriza-se para ressecção do excesso de pele dessa região (Figura 4).

Dissecou-se toda a ponta nasal, liberando-se as cartilagens alares da pele. Pontos capitonados reabsorvíveis foram dados unindo as cartilagens alares entre si e unindo as cartilagens alares às triangulares do mesmo lado. A sutura de fechamento foi realizada com pontos absorvíveis, com cuidado especial para evitar cicatrizes extensas na pele do contorno narinário superior (Figura 5).

Não há diferenças entre a técnica por nós utilizada e a técnica original descrita por Mülliken, devendo-se atentar

Figura 2 – A: alongamento columelar pela técnica de Cronin. B: alongamento columelar pela técnica de Millard.

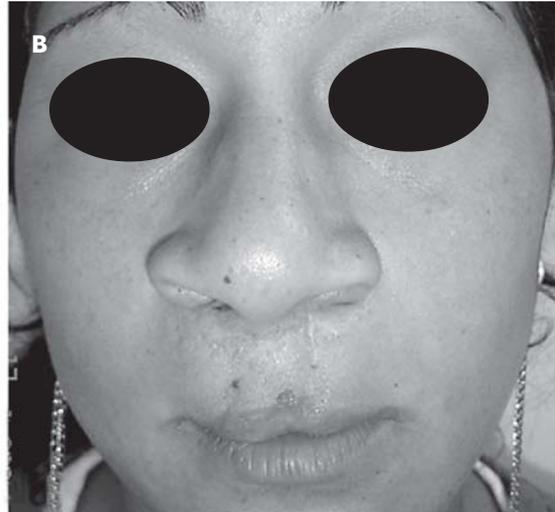


Figura 3 – A: pode-se ver a aproximação da cinta muscular e fixação da mesma à espinha nasal anterior. B: pode-se ver o estreitamento do retalho do pró-lábio (seta).

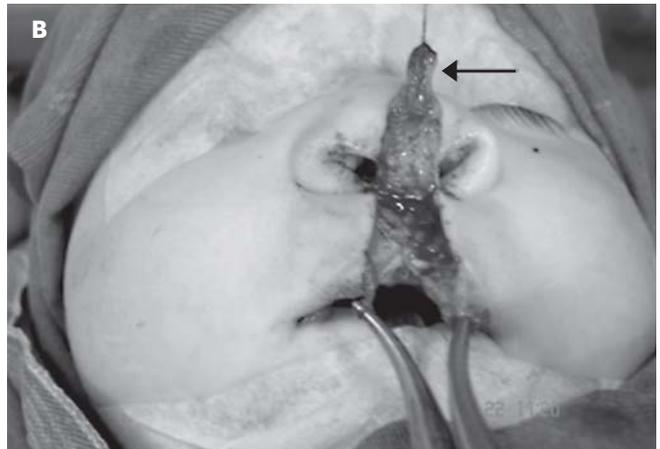


Figura 4 – Incisão marginal anterior e sua anteriorização ao nível do triângulo frágil, a fim de ressecar o excesso de pele nessa região (ponta da pinça).



Figura 5 – Incisão marginal anterior e sua anteriorização ao nível do triângulo frágil, a fim de ressecar o excesso de pele nessa região.



para a posição dos pontos capitonados (realizamos três pontos em cada lado do nariz, como se pode ver na Figura 6) e a ressecção de pele ao nível do triângulo frágil.

RESULTADOS

Apresentamos fotos pré e pós-operatórias (Figuras 7 e 8) que mostram a melhora estético-funcional, com o visível melhor posicionamento das cartilagens alares com o crescimento, alongamento da columela e melhora do ângulo

nasolabial, além da melhor definição da ponta nasal. O período médio de acompanhamento foi de dois anos.

Nenhum paciente apresentou complicação pós-operatória, como infecção ou deiscência.

DISCUSSÃO

Durante muito tempo, o tratamento padrão da deformidade nasal no paciente fissurado bilateral apenas era realizado em tempo secundário, geralmente na puberdade e

Figura 6 – a: o ponto capitonado unindo a cartilagem alar à triangular; b e c: pontos de reposicionamento mais cranial das cartilagens alares.



Figura 7 – Paciente fissurado bilateral incompleto. Pré (A) e pós-operatório (B) de 2 anos da queiloplastia em tempo único à Spina associado ao tratamento da deformidade nasal.

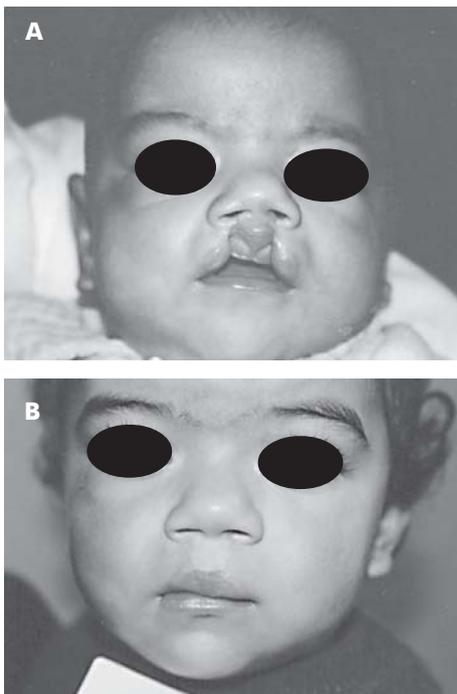
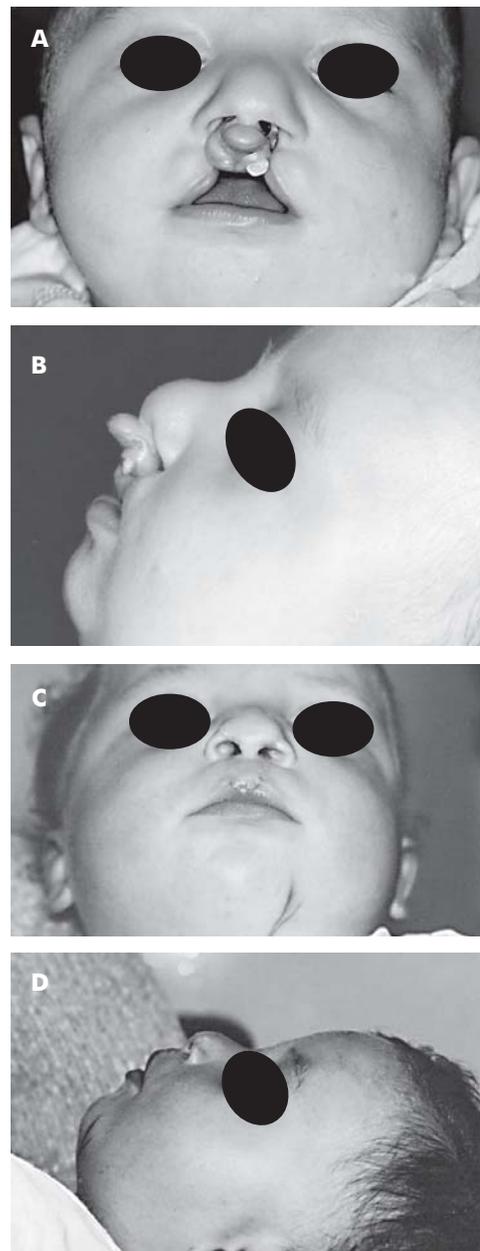


Figura 8 – Paciente fissurado bilateral completo. Pré (A e B) e pós-operatório (C e D) de 3 anos do tempo definitivo da queiloplastia em dois tempos, associado ao tratamento cirúrgico da deformidade nasal.



CONCLUSÃO

consistia no alongamento columelar⁶. A correção da columela curta sempre foi motivo de discussão entre os cirurgiões. Várias técnicas foram criadas na tentativa de aumentar o comprimento columelar, sendo as principais o alongamento columelar de Millard (1958), com o retalho em forquilha proveniente do pró-lábio e a técnica de Cronin (1958), com retalhos provenientes do tecido das narinas^{7,8}.

Em 1990, McComb procedeu à análise de seus resultados após 15 anos de utilização do alongamento columelar⁶. Os resultados encontrados desencorajaram a continuidade da utilização desta técnica, com os achados de pacientes com columelas excessivamente longas, pontas nasais bulbosas, narinas alargadas e lábio superior excessivamente longo devido ao deslocamento causado pela base da columela.

Devido a esta insatisfação é que foram desenvolvidas técnicas de reposicionamento das alares, visando ao bom desenvolvimento da ponta nasal e columela. Estudos recentes provam que o reposicionamento das cartilagens alares não interfere no crescimento nasal e leva à melhora da projeção da ponta nasal e comprimento da columela. A reposição das cartilagens alares na ponta do nariz do paciente fissurado bilateral tem como filosofia de tratamento permitir ao nariz ter um crescimento normal, levando à grande melhora estético-funcional, tal como já preconizado para o tratamento do nariz de fissurados unilaterais⁹.

A técnica ideal para o reposicionamento das cartilagens alares e correção dos tecidos moles deformados permanece em discussão. A preferência de Mülliken⁶ é pela utilização de incisões marginais, sem acessar a junção columelo-labial, que permanece intacta. Trott⁸ realiza um acesso columelar à ponta nasal. Porém, estudo comparando as duas técnicas acima mostrou melhor projeção da ponta nasal e maior comprimento columelar quando foi utilizada a técnica de Mülliken¹⁰.

A ortopedia pré-operatória (ativa), que utiliza extensores nasais preconizada por Cutting e Grayson^{11,12}, também é uma forma de reposicionamento e se mostrou capaz de melhorar os resultados pós-operatórios em longo prazo, porém como é o caso de nosso serviço, este tipo de preparo pré-operatório não é uma realidade na maioria dos centros brasileiros.

Ao nosso ver, a grande vantagem do tratamento precoce da deformidade nasal nos pacientes fissurados bilaterais é a possibilidade de poupar o paciente da necessidade de realização de rinoplastias complexas na idade adulta, com técnicas de alongamento columelar que, na maioria das vezes, levam a cicatrizes extensas e resultados pobres. Ao contrário, os pacientes cuja deformidade nasal foi tratada precocemente podem necessitar de uma nova rinoplastia na idade adulta, mas apenas para o tratamento de deformidades mínimas.

Acreditamos que a melhor conduta para o tratamento da seqüela nasal do fissurado bilateral seja a intervenção cirúrgica no tempo definitivo do lábio, em casos de fissuras completas, e no tempo único, em caso de fissura bilateral incompleta, dessa forma, precocemente e com reposicionamento das cartilagens alares (no mesmo tempo do reparo labial).

A técnica de tratamento da deformidade nasal por nós realizada mostrou bons resultados nos dois grupos de pacientes tratados (fissurados bilaterais completos e incompletos) e sua utilização deve ser encorajada, a fim de se evitar as múltiplas seqüelas comumente encontradas em outras técnicas.

REFERÊNCIAS

1. Mulliken JB. Correction of the bilateral cleft lip nasal deformity: evolution of a surgical concept. *Cleft Palate Craniofac J.* 1992;29(6):540-5.
2. McComb H. Primary repair of the bilateral cleft lip nose: a 10-year review. *Plast Reconstr Surg.* 1986;77(5):701-16.
3. Spina V. The advantages of two stages in repair of bilateral cleft lip. *Cleft Palate J.* 1966;3:56-60.
4. Spina V, Kamakura L, Lapa F. Surgical management of bilateral cleft lip. *Ann Plast Surg.* 1978;1(5):497-505.
5. Mulliken JB. Primary repair of bilateral cleft lip and nasal deformity. In: Georgiade GS, Riefkohl R, Levin LS, eds. *Georgiade Plastic and Reconstructive Surgery.* 3rd ed. Baltimore:Williams & Wilkins;1997. p.230-8.
6. Mulliken JB. Bilateral complete cleft lip and nasal deformity: an anthropometric analysis of staged to synchronous repair. *Plast Reconstr Surg.* 1995;96(1):9-26.
7. Cronin TD, Upton J. Lengthening of the short columella associated with bilateral cleft lip. *Ann Plast Surg.* 1978;1(1):75-95.
8. Trott JA, Mohan N. A preliminary report on one stage open tip rhinoplasty at the time of lip repair in bilateral cleft lip and palate: the Alor Setar experience. *Br J Plast Surg.* 1993;46(3):215-22.
9. Kim SK, Lee JH, Lee KC, Park JM. Mulliken method of bilateral cleft lip repair: anthropometric evaluation. *Plast Reconstr Surg.* 2005;116(5):1243-54.
10. Kohout MP, Monasterio-Alijaro L, Farkas LG, Mülliken JB. Photogrammetric comparison of two methods for synchronous repair of bilateral cleft lip and nasal deformity. *Plast Reconstr Surg.* 1998;102(5):1339-49.
11. Cutting C, Grayson B, Brecht L. Columellar elongation in bilateral cleft lip. *Plast Reconstr Surg.* 1998;102(5):1761-2.
12. Cutting C, Grayson B, Brecht L, Santiago P, Wood R, Kwon S. Presurgical columellar elongation and primary retrograde nasal reconstruction in one stage bilateral cleft lip and nose repair. *Plast Reconstr Surg.* 1998;101(3):630-9.

Trabalho realizado no CAIF - Centro de Atendimento Integral ao Fissurado, Curitiba, PR.

Artigo recebido: 2/9/2007

Artigo aceito: 30/11/2007